



אישור על שעות עבודה טיפולית במוסד

**1. פרטים אישיים של הפונה:**

שם (פרטי + משפחה) \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
פקס \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_

**2. פרטי המוסד:**

שם \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
סמל מוסד \_\_\_\_\_ בפקוח או חסות משרד הבריאות/הרווחה/ החינוך (סמן בעיגול)  
מוכר על ידי איגוד הפסיכולוגים לצורכי התמחות – כן/לא \_\_\_\_\_  
אוכלוסיה \_\_\_\_\_

**3. פרטי העסקה במוסד (יש לפרט מס' שעות סך הכל – לא מס' שעות שבועיות):**

תפקיד במוסד \_\_\_\_\_  
הועסק בין התאריכים \_\_\_\_\_  
סך שעות כלליות לא כולל טיפול ישיר (כולל שהות במקום, התייעצויות, שעות טיפול בחיות, ישיבות  
ועבודת צוות) \_\_\_\_\_  
סך שעות טיפול ישיר (פרטני/קבוצתי/קו-תרפיה) \_\_\_\_\_

**4. פרטי מנהל המוסד:**

שם \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
פקס \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_

חתימת מנהל המוסד \_\_\_\_\_

חותמת מוסד \_\_\_\_\_